

Die neue PAR-Behandlung – die vier Etappen der „Tour de Parodontologie“!

Acht Monate ist sie nun schon alt, die neue PAR-Richtlinie. Nach einem holprigen Start ist nun die neue Behandlungstrecke in den Praxen angekommen. Vieles musste in den letzten Monaten neu organisiert und neu in die Praxisabläufe integriert werden. Es gab aber auch viel Hilfe bei der Umsetzung, zahlreiche Webinare informierten und gaben und geben Tipps zur Umsetzung.

Sylvia Fresmann, Heike Wilken

/// Wissenschaftliche Grundlagen

Jetzt, mit der neuen Behandlungsrichtlinie, greift eins ins andere – die Behandlungsempfehlungen der neuen S3 Leitlinie zur Behandlung von Parodontitis Stage I bis III und die Einstufung in die Neue Klassifikation, dem Grading und Staging. Die Richtlinie stimmt im Großen und Ganzen mit der EFP-Leitlinie für Parodontaltherapie überein – diese wurde unter Federführung der DGParo zusammen mit vielen Fachgesellschaften für Deutschland adaptiert – ein großes Projekt, das insgesamt 62 Empfehlungen herausgearbeitet hat. Gemeinsam mit der neuen und wissenschaftlich gut untermauerten Klassifikation soll eine individuellere und gezielte Therapie auf höchstem Evidenzniveau ermöglicht werden.

Das bedeutet eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der PAR-Behandlung für die Praxen und für die Patienten – ein Win-Win-Modell! Aber wie sieht es jetzt mit der aktuellen Umsetzung aus?

/// Die Umsetzung

Zunächst erheben wir eine ausführliche allgemeine Anamnese: Gesundheitszustand, Allgemeinerkrankungen – insbesondere Diabetes mit Angabe des HBA1C Wertes, temporäre Erkrankungen und Medikamente.

• Spezifische Anamnese

Die spezifische Anamnese umfasst die Erhebung von Risikofaktoren für Parodontitis

- Tabakkonsum
- Medikamente
- Mundhygieneverhalten

• Klinischer Befund

Zu Beginn der systematischen Parodontaltherapie sollte der klinische intraorale und extraorale Befund genau dokumentiert werden.

- Sondierungstiefen und Sondierungsbluten (BOP) – 6 Messpunkte

Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.

- Zahnlockerung
- Furkationsbefall/-beteiligung
- Knochenabbau in Relation zum Patientenalter
- Zahnverlust
- Klinischer Attachmentverlust (CAL)

Unterstützung bei diesem komplexen Prozess bietet das Programm „ParoStatus.de“. Es hat die Richtlinie integriert und führt die jeweiligen Behandler systematisch durch die Richtlinie. Alle erhobenen Befunde und klinische Parameter werden systematisch und übersichtlich auf einem Befundblatt dokumentiert und können im weiteren Verlauf verglichen werden. Mit einem Click erstellt das Programm einen Vorschlag zur Einstufung in die Neue Klassifikation, der mit durch die jeweiligen Behandler finalisiert wird. Eine enorme Zeitersparnis! Auch die Berechnung des Knochenabbaus in Relation zum Alter beherrscht das Programm – alles kann dann in einem Kasenantrag ausgedruckt werden. Selbstverständlich werden alle antragsrelevanten Befunde in das Verwaltungsprogramm übertragen, von hier aus wird ja die PAR-Strecke abgerechnet.

/// 1. Therapiestufe

• Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)

Das ATG umfasst die Information des Patienten über die folgenden Aspekte:

- Befund und Diagnose
- Erörterung der Therapie und ggf. Therapiealternativen sowie deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Behandlung einschließlich der UPT
- Gesundheitsbewusstes Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren

– Wechselwirkung von Parodontitis mit anderen Erkrankungen. Das ATG ist keine delegierbare Leistung und muss vom Zahnarzt erbracht werden.

• Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie erfolgt zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung.

Die MHU umfasst:

- Mundhygieneaufklärung
- Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva
- Anfärben von Plaque
- Individuelle Mundhygieneinstruktion
- Praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene: Hierbei sollen die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden.

Bei der MHU kommt es darauf an, dass der Patient von Beginn an mit einbezogen wird und Eigenverantwortung für den Behandlungserfolg übernimmt. Nur ein gut aufgeklärter und überzeugter Patient, der die Befunde und Kon-

sequenzen versteht und akzeptiert, wird dauerhaft mitarbeiten. Am besten nutzt man visuelle Hilfsmittel, so verstehen die Patienten die Situation viel schneller. Bei der Software ParoStatus.de gibt es die Möglichkeit, dem Patienten Befunde und kleine Videosequenzen auf dem iPad zu zeigen, z.B. wie eine Parodontitis oder Periimplantitis entsteht. Zusätzlich kann für den Patienten eine Individuelle Mundhygienempfehlung ausgewählt werden. Das bedeutet in der Praxis z.B., dass für die ausgewählte Zahnbürste eine individuelle Putz-Systematik zusammengestellt sowie die Putzzeit festgelegt und eingestellt wird.

In dem kleinen Video, wird dann der korrekte Anstellwinkel und die Putzdauer live auf dem Handy des Patienten dargestellt, so dass der Patient Zuhause mitmachen kann. Auch die korrekte Anwendung der Zahnzwischenraumbürstchen oder die Reinigung der Furkation stellt oft eine große Herausforderung dar. Das haben die Programmierer ebenfalls im Blick gehabt und entsprechende Videos integriert. So wird die Mundhygieneberatung sehr nachhaltig, denn der Patient kann so in der App das in der Praxis Gezeigte Zuhause nochmal in Ruhe ansehen und seine Mundhygiene optimieren. Für nicht so technikaffine Patienten stellt das Programm bei Bedarf noch einen individuellen Patientenausdruck zur Verfügung, der die wesentlichen Informationen enthält.

Anzeige



Remin Pro®

REMIN PRO – ERHOLUNG FÜR DIE ZÄHNE

Schützende Zahnpflege mit Hydroxylapatit, Fluorid und Xylitol

- Auffüllen oberflächlicher Schmelzläsionen mit Hydroxylapatit
- Einmalige Applikation nach konservierender Zahnbehandlung sowie besonders nach Bleaching und professioneller Zahnreinigung
- Erhältlich in den Geschmacksrichtungen Mint, Melone und Erdbeere
- Für die Anwendung in der Praxis und zu Hause
- Schafft ein angenehmes Mundgefühl



/// 2. Therapiestufe

• AIT (Antinfektiöse Therapie)

Gegenstand der antiinfektiösen Therapie ist die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge, bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden.

Unter Prognose/Therapie können die zu behandelnden Zähne lila markiert werden. So ist auf einen Blick zu sehen, welche Zähne behandlungsbedürftig sind.

• Befundevaluationen: BEVa nach AIT und BEVb nach CPT

Nachdem die parodontalen Gewebe ausgeheilt sind, sollte die individuelle Reaktion auf Maßnahmen in der jeweiligen Therapiestufe bewertet werden (parodontale Reevaluation). Die Befundevaluation (BEV) ist ein wichtiger Schritt, um den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen beurteilen und ggf. weitere Interventionen planen zu können.

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

- Sondierungstiefen und Sondierungsbluten (BOP)
- Zahnlockerung
- Furkationsbefall/-beteiligung
- Zahnverlust
- Knochenabbau in Relation zum Patientenalter

Unter „Vergleichsbefund“ enthält der ParoStatus die Möglichkeit, die Befunde miteinander zu vergleichen den Patienten den Erfolg der bisherigen Behandlung zu zeigen, aber auch den Behandlungsbedarf. Auch hier können unter Prognose/Therapie die in der UPT zu behandelnden Zähne lila markiert werden – so erhält man schnell einen Überblick, welche Zähne reinstrumentiert werden müssen und mit UPTe und UPTf zusätzlich abgerechnet werden müssen.

/// Die 3. Therapiestufe

• CPT (chirurgische Therapie)

Nach dem geschlossenen Vorgehen besteht die Fragestellung, ob eine zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Zähnen zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Zähne angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Zahnärztin oder der Zahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit den Patienten. Nach 3 bis 6 Monaten würde sich dann die BEVb (gleicher Leistungsinhalt wie BEVa) und die UPT-Phase anschließen.

/// Die 4. Therapiestufe

• Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens begonnen werden. Die Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem Grad der Parodontalerkrankung:

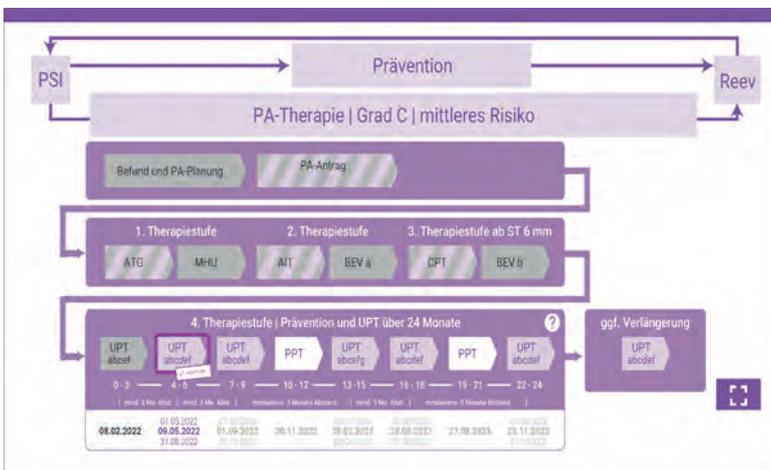
- Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten
- Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten
- Grad C: einmal im Kalenderterial mit einem Mindestabstand von drei Monaten.

• Die UPT je nach Grad und Anzahl umfasst:

- die Mundhygienekontrolle (UPT a)
- soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung (UPT b),
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen (UPT c)
- „kleiner“ PA Befund (UPT d)
- bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit ≥ 5 mm erfolgt eine subgingivale Instrumentierung (UPTe und UPTf)
- „großer“ PA Befund (UPTg)

In der unterstützenden Parodontitistherapie gibt es neben der BEV a/b zu Beginn der UPT zwei Arten von Befunden:

- „kleiner“ PA-Befund (UPT d) mit Messung von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten (BOP) und der
- „große“ PA-Befund (UPT g) mit Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsbluten, Beurteilung der Zahnlockerung und Furkationsbeteiligung und Dokumentation des röntgenologischen Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die UPT g entspricht im Leistungsumfang der BEV a/b, die die Grundlage für die erste UPT-Sitzung bildet. Die Leistung nach UPT g ist ab Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar. Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV



oder nach UPT d verglichen. Dem Patienten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.

Die UPT Planung ist sehr wichtig und muss gut durchdacht werden. Ist ein Patient in Grad C bleibt für die UPT Planung nicht viel Spielraum. Denn es muss nicht nur der Mindeststandard von drei Monaten eingehalten werden, sondern auch das Jahres-Tertial muss gewechselt sein. Der Patient kann nur einmal im Tertial kommen im Rahmen der UPT. Findet der Termin nicht statt, verschieben sich alle Zeitfenster. Daher macht die Terminplanung für ein Jahr keinen Sinn. Empfehlenswert ist es, von Termin zu Termin zu planen. Findet die erste UPT mit Grad C am Ende des ersten Tertials statt – z.B. der 30.04., so kann die nächste UPT zwischen den 31.07. und 31.08. stattfinden... dann sieht es schwierig aus mit dem Sommerurlaub in den Praxen ...! Das wäre natürlich nicht gut. Das ParoStatus-Programm kann den idealen Zeitpunkt für die erste UPT berechnen und auch die folgenden Zeitfenster einblenden. Muss ein Termin verschoben werden, kann man das in der Behandlungstrecke auf der Startseite des Programms sehen. So können die UPT-Termine entspannt geplant werden, ohne dass eine UPT im Intervall verloren geht bzw. nicht abgerechnet werden darf.

/// Fazit

Die neue Behandlungstrecke führt die Patienten konsequent durch das PAR-Konzept. Die Integration der neuen Abläufe ist für jede Praxis machbar – eine gute Dokumentation hilft, die behandlungsbedürftigen Stellen schnell zu erkennen und zu behandeln. Eine digitale Unterstützung ist sinnvoll, um die Herausforderungen zu meistern und die wirtschaftliche Komponente zu optimieren. Alles in allem ist diese neue PAR – Richtlinie der richtige Weg – ein großer Erfolg für die KZBV und ein Gewinn für Praxis und Patient.

AUTORIN

Deutsche Gesellschaft für Dentalhygieniker*innen
Heike Wilken, DH
2. Vorsitzende der Deutsche Gesellschaft für
Dentalhygieniker*innen (DGDH) e.V.

KONTAKT

Deutsche Gesellschaft für
DentalhygienikerInnen (DGDH) e.V.
Fasanenweg 14, 48249 Dülmen
Internet: www.dgdh.de



Anzeige

Bei Ihrer Arbeit kommt es auf jedes Detail an – bei der Zahnpflege Ihrer Patienten ebenso. Empfehlen Sie deshalb TePe Interdentälbürsten: gemeinsam mit Zahnmedizinern entwickelt und durchdacht bis ins Detail für ein optimales Reinigungsergebnis.

TePe – für zufriedene Patienten. Und für Zahnärzte, die zufrieden mit ihren Patienten sind.

- ummantelter Edelstahl draht mit abgerundetem Ende für eine sichere Handhabung
- zylindrische Bürsten für eine effektive Reinigung
- 9 farbkodierte Größen, für jeden Zwischenraum
- Griff, Schutzkappe und Verpackung sind nachhaltig hergestellt

~80%
weniger CO₂



Weil es auf jedes
Detail ankommt

